L'HÉPATITE C : une épidémie à contrôler

L'hépatite C touche deux millions d'Européens, dont cinq cents à six cent cinquante mille Français

Le tiers des contaminations est post-transfusionnel. Il est contrôlé depuis la sélection des donneurs VHC-positifs intervenue en 1991.

Sur un autre tiers plane un mystère qui a pour nom « étiologie inconnue » sous la rubrique duquel il faut placer l'acupuncture, le *piercing*, les explorations endoscopiques, la chirurgie dentaire, les rasoirs des coiffeurs, le coupe-ongles, la perfusion d'hémodialyse, le « sniff » partagé de cocaïne, etc.

Mais si cette épidémie n'est pas contrôlée en France, c'est que le troisième groupe, celui des toxicomanes par voie intraveineuse, fournit le plus gros bataillon de dissémination du virus dans une population jeune. Il constitue un véritable casse-tête de santé publique, car les actions sur le VIH ne sont pas, comme on le pensait, efficaces sur le VHC.

L'étude attentive des pratiques des usagers de drogue conduit cependant à reconnaître trois modes de contaminations majeurs et méconnus. Cette étude nous enseigne qu'à ces trois modes de contamination persistants peut répondre une stratégie de prévention.

POSITION DU PROBLÈME EN FRANCE

Sur les cent cinquante mille toxicomanes susceptibles d'utiliser la voie injectable un jour donné vivant en France :

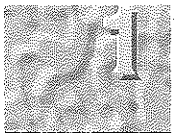
1. **Quarante mille suivent un traitement de substitution à la buprénorphine (Subutex), cinq mille un traitement à la méthadone, un millier au sulfate de morphine (Skénan, Moscontin) ; trente mille prennent hors prescription un codéiné (Néocodion, Dynacode...).**
2. **Vingt mille sont dépendants aux opiacés par voie nasale ou fumable.**
3. **Dix mille dépendants aux opiacés sont un jour donné en garde à vue ou incarcérés.**
4. **Le nombre d'injecteurs de cocaïne ou dérivés *(free-base, crack)* ne peut être connu avec précision.**
5. **Trente-trois mille usagers de drogue dépendants aux opiacés utilisent un jour donné la voie injectable.**

Huit mille cinq cents « Stéribox » et vingt-trois mille seringues sont vendus et/ou distribués chaque jour à ces injecteurs en France.

Quarante et un jeunes français deviennent chaque jour toxicodépendants aux opiacés, et douze chaque jour s'initient à la voie injectable.

Chaque jour, dix Français se contaminent par le virus de l'hépatite C (VHC) par la seringue, le matériel d'injection, ou le matériel d'inhalation.

Chaque année, plusieurs milliers sont contaminés par le virus de l'hépatite B (VHB) et plusieurs centaines par le virus VIH, par l'injection ou le contact sexuel.



Usagers de drogue, comment prévenir L'HÉPATITE C ?

L'épidémie du sida dans la population des usagers de drogue fait place à une nouvelle épidémie, celle du virus de l'hépatite C (VHC). Cette épidémie présente la caractéristique d'être « invisible » et de représenter un important problème de santé publique. De 1992 à 1994 une campagne de prévention du sida et des hépatites chez les usagers de drogues avait conduit à la mise au point du kit de prévention « Stéribox ». Ayant fait la preuve de son efficacité sur le VIH, cette action de santé publique a été étendue au territoire national, de sorte que le Stéribox est vendu dans (presque) toutes les officines françaises. Des recherches ont été menées pour adapter le Stéribox à la prévention de la nouvelle épidémie du VHC et ont conduit à la définition du « Stéricup » qui sera inclus dans le futur Stéribox. Parce que le Stéribox est né dans un centre de santé, nous révélons aux lecteurs du Nouveau Centre de Santé ***les résultats de ces recherches. Enquête sur un nouvel outil de prévention.***

Pourquoi la prévention du VIH n'est-elle pas efficace sur le VHC ?

L'épidémie à VHC n'est pas contrôlée dans cette population pour diverses raisons :

- La contamination ne s'accompagne d'aucun signe clinique.
- Les jeunes ignorent l'importance de cette épidémie, dont les conséquences ne se feront sentir que plus tard : hépatite chronique, cirrhose hépatique, cancer du foie.
- Les contaminations interviennent **tôt** : lors des deux premières années d'injection en France selon Lucidarme de même qu'aux États-Unis, selon les études de Thomas, Vlahov & all. Ces derniers montrent que les contaminations VHB et surtout VIH sont plus tardives que le VHC.

Une récente étude menée en Midi-Pyrénées donne un Odds-ratio de 6 pour les séropositifs VHC quand ils ont commencé l'injection avant l'âge de 20 ans versus ceux qui ont commencé après 20 ans. Ainsi la prévalence VHC est d'autant plus forte **que le sujet commence plus jeune sa carrière d'injecteur**.

Les circonstances entourant l'initiation à la première injection ont été étudiées en Australie et sont en cours d'étude au Québec. L'initiation à la pratique de l'injection est faite par un initiateur de la même génération. Celui-ci véhicule des idées fausses sur les risques et il a lui-même été initié récemment.

- Les deux premières années de dépendance constituent la période de *lune de miel* avec l'héroïne et le recours aux soins (qui auraient pu représenter une occasion d'intervention pertinente) intervient rarement durant cette période.
- Les modes de contamination sont mal connus des professionnels comme des usagers.
- Les campagnes d'information répugnent à évoquer le détail des pratiques des injections. Il en est de même des professionnels lors de leurs contacts avec les usagers, l'abandon de la seringue étant imaginé comme acquis par les professionnels lors du recours au soin.

Toutes les études démontrent **la nécessité de cibler une intervention précoce de réduction des risques sur les pratiques parentérales**.

La cuiller, le filtre et le pouce : trois risques majeurs et méconnus

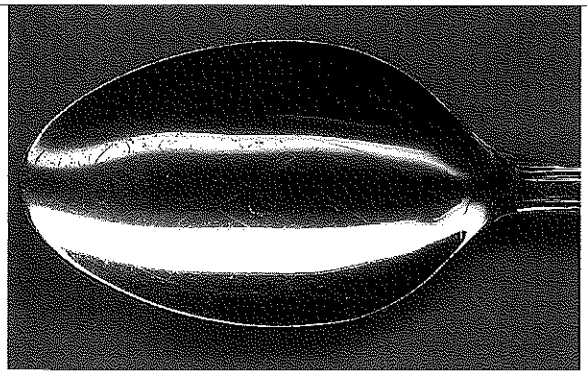
Nous avons étudié de façon quantitative en 1995 la dernière injection réalisée par 320 usagers de drogue. Depuis, nous avons testé des outils (filtre et récipient stérile, puis tampons secs) de façon qualitative avec des entretiens en profondeur avant/après. Nous en sommes arrivés à la même conclusion que les chercheurs étrangers : les causes des contaminations VHC ne sont pas liées seulement au partage des seringues comme pour le VIH. Elles sont liées, pour beaucoup, **à l'utilisation à plusieurs du matériel annexe et à la contamination « invisible » de l'environnement**. Ainsi, une large proportion d'entre ceux des jeunes injecteurs australiens VHC-positifs qui se sont injectés au cours des douze mois précédant l'enquête citée plus haut avaient partagé des instruments d'injection autres que la seringue.

En effet, du fait de l'extrême « virulence » du VHC, la cuiller commune dans laquelle chacun trempe sa seringue, le filtre (« coton ») contaminé qui est récupéré pour l'héroïne qu'il contient encore (il sera injecté plus tard), le pouce avec lequel l'usager comprime le point d'injection en contact avec du sang qui se répand de façon invisible, **tous ces éléments représentent des sources de contamination potentielles**.

Selon les estimations, cent cinquante à deux cents mille Français qui, une fois au moins dans leur vie ont fait une expérience d'injection de drogue sont devenus ainsi porteurs du virus. Parmi ceux-ci, les trois-quarts présentent une hépatite chronique active. La plupart l'ignorent. Seule une très faible minorité bénéficie du traitement par l'interféron.

Ce traitement est pourtant efficace dans près de la moitié des cas. Les génotypes dominants chez les usagers de drogue (2a et 3a) sont ceux qui réagissent le mieux à ce traitement anti-viral. **Ce traitement est d'autant plus efficace que la personne est plus jeune et qu'elle a été contaminée récemment**.

La ponction-biopsie de foie, geste hospitalier, devrait être réalisée chaque fois qu'à une sérologie positive est associée une élévation des transaminases, c'est-à-dire dans 75 % des cas.



Un mode de consommation trop souvent méconnu : l'utilisation a plusieurs de la petite cuiller.

● Même la mise à disposition des traitements de substitution qu'ils soient à bas ou haut seuil ont eu peu d'effet sur l'incidence de la maladie à VHC. Cela vient d'être démontré sur la cohorte Méthadone de Genève dans laquelle *le taux d'incidence du VHC demeure à 4,3 pour 100 personnes-années*, et cela, même chez des usagers « informés ». Nous ne pouvons que conclure, avec les Suisses, que *l'information est mauvaise concernant le VHC.*

● Même la mise à disposition de seringues stériles n'a pas eu l'effet escompté sur le VHC : ainsi dans la cohorte australienne ceux qui n'ont jamais partagé leur seringue ont encore un taux d'incidence de 4 pour 100 personnes-années. Nous ne pouvons que conclure, avec les Australiens, que les seringues stériles ne suffisent pas.

● Nous en concluons avec les chercheurs australiens et suisses que dans des populations *déjà majoritairement contaminées par le VHC* les campagnes de prévention essentiellement centrées sur la seringue, efficaces sur le VIH, doivent faire la place à des campagnes d'information prenant en compte **l'ensemble du matériel d'injection** efficaces sur le VIH, mais aussi sur le VHB et le VHC.

Les actions de prévention — campagne d'éducation sanitaire ciblée, incitation au dépistage, prise en charge sanitaire, vaccination de l'hépatite B — qui se sont montrées efficaces sur le VIH et le VHB, doivent être aujourd'hui adaptées à la connaissance que nous avons des modes de transmission du VHC et au jeune âge de la prise de risque.

Une pédagogie de l'asepsie pour un public jeune

Les actions à mettre en œuvre devant cette épidémie découlent du jeune âge du sujet exposé aux risques et de l'analyse des voies de transmission qu'emprunte ce virus :

Elles doivent s'adresser aux jeunes injecteurs non encore contaminés.

Il y aurait donc lieu d'informer et de former les pairs qui sont eux-mêmes les vecteurs d'une information. L'information des pairs par les pairs a donné des résultats importants dans le contrôle de l'épidémie à VIH chez les UD. Mais cette ressource est plus difficile à mettre en œuvre que pour le VIH étant donné que ce ne sont pas les vieux injecteurs (ceux qui savent) qui initient les jeunes (ceux qui apprennent) mais ce sont les jeunes entre eux qui s'initient.

Il existe une autre ressource d'information décisive : **la pharmacie.**

La seringue de la ou des premières injections en France est très majoritairement délivrée par la pharmacie (sous forme de Stéribox ou sous forme de seringue à l'unité).

Chaque jour, huit mille toxicomanes différents franchissent le seuil d'une pharmacie pour acheter un Stéribox

La pharmacie **est le passage obligé** du jeune toxicomane pendant la période d'exposition aux risques. Les jeunes fréquentent la pharmacie (seringue, puis codéine) **avant** le recours au système de soins (médecin, subutex) **et bien avant le recours au dispositif de réduction des risques** (PES, boutiques...).

De nouveaux outils de prévention pour une pédagogie de l'asepsie

L'information apportée par la pharmacie via le stéribox découlerait de la connaissance que nous avons à ce jour des modes de contamination connus :

1. *Le tampon sec postinjection*

En effet, le pouce qui comprime le point d'injection sans tampon sec absorbant diffuse le sang :

S'injecter de la drogue est un acte sanglant, et là où il y a sang, il y a contamination de l'environnement et risque de transmission. Le même phénomène est décrit dans les services d'hémodialyse : celui-ci a été notamment rapporté lors de la journée du 27 novembre 1997 organisée par l'Assistance publique sur l'Hépatite C. Il y a donc lieu de rajouter dans le nouveau Stéribox un tampon sec « post injection » qui limiterait ce risque de diffusion à l'environnement.

Un argument supplémentaire plaide en faveur de ce tampon sec : lorsqu'ils n'utilisent pas le pouce pour la compression, les usagers utilisent le tampon d'alcool pré-injection qui n'est pas absorbant (Apothicom, 1995). La fonction de ce tampon alcoolisé est de nettoyer la peau *avant* l'injection. S'il ne l'utilise pas *avant* l'injection pour l'utiliser *après*, le détournant en quelque sorte de son indication, le toxicomane prend un risque supplémentaire : celui d'une staphylococcie profonde.

L'intérêt du tampon alcoolisé est de limiter les staphylococcies profondes à Staphylococcus Aureus. Celles-ci constituent la quatrième cause d'infections (après le SIDA les hépatites et les candidoses disséminées) chez les toxicomanes injecteurs selon l'étude multicentrique espagnole analysant les motifs d'hospitalisation de 17 000 toxicomanes en Espagne entre 1979 et 1991 (Miro & all, Barcelone, 1991)

L'efficacité de la désinfection à l'alcool *avant l'injection* a été démontrée par Vlahov & all sur la cohorte Alive de Baltimore : lorsqu'il y a *toujours désinfection*, les abcès profonds et les ostéomyèlites diminuent de façon très significative et les endocardites disparaissent

Il y a donc un double intérêt à ce tampon sec post-injection : **celui de limiter le risque d'hépatite C** en absorbant le sang post-injection et de faire retrouver au tampon d'alcool son indication première : la prévention des staphylococcies profondes provoquées par les staphylocoques cutanés injectés.

2. *La seringue personnelle*

L'usage unique de la seringue est un objectif de santé publique dont nous nous rapprochons en France, mais dont nous restons très éloignés : la seringue est réutilisée en moyenne près de trois fois en 1995 contre plus de cinq fois en 1988 (Ingold 1988, 1992,1996).

Il s'agit là d'un objectif irréaliste pour aujourd'hui même, notamment lors des injections itératives à haut risque que l'on observe lors de l'usage de cocaïne.

Cela signifierait en effet qu'il y ait 100 000 seringues délivrées quotidiennement pour les 100 000 injections quotidiennes actuellement observées, alors qu'il n'y en a que 41 000 délivrées chaque jour (un tiers sous forme de Stéribox, et deux tiers sous forme de seringues à l'unité en pharmacies, seringues des Programmes d'Échange et seringues des échangeurs et des Distribox).

Il convient de proposer en attendant d'atteindre cet objectif, une stra-

tégie à objectif réalisable : **« Utilisez une seringue personnelle, neuve chaque fois que possible et ne trempez jamais l'aiguille dans l'eau et la cuillère après quelqu'un d'autre »**

3. *Le Stéricup : un récipient de dilution et de chauffe à usage personnel*

Fournir un récipient de dilution et de chauffe stérile et à usage unique est utile et attendu des usagers de drogue. Cette mise à disposition n'a cependant d'intérêt que si elle s'accompagne d'une véritable information sur le risque, notamment sur le risque d'utilisation à plusieurs d'un tel récipient.

Deux études récentes montrent en effet que lorsqu'on met ces récipients à disposition des usagers de drogue, ceux-ci sont encore partagés. **Un mode d'emploi pédagogique adapté explicitant leur usage unique et personnel** doit donc être impérativement associé à cette délivrance.

4. *Un filtre stérile à usage personnel*

Il s'agit de ne pas injecter le produit des filtres récupérés chez les autres. La récupération de produits opiacés demeurant dans les filtres est une pratique répandue. Elle concerne essentiellement les injecteurs d'héroïne brune (soit 60 à 70 % des injecteurs d'opiacés en France). Il s'agit d'une pratique à haut risque de contamination VHC. En effet, lorsque la récupération concerne un filtre qui n'est pas personnel, c'est-à-dire lorsque le produit est récupéré d'un filtre utilisé précédemment par un autre usager, celui-ci l'a nécessairement mis en contact avec l'aiguille de sa seringue lors d'une injection précédente. Cette mise en contact est elle-même à haut risque si la seringue a été réutilisée par l'usager précédent. Or cette réutilisation est fréquente, puisqu'elle concerne deux injections sur trois en France, et la pratique du retour veineux pour savoir si l'on est dans la veine (pratique appelée « tirette » chez les usagers) est générale et a mis en contact le sang du précédent usager avec l'aiguille de sa seringue.

Les moyens proposés : un nouveau Stéribox incluant Stéricup

Nous proposons de mettre sur le marché un Stéribox avec le système Stéricup (coupelle, filtre stérile et tampon à usage unique) et qu'il contienne :

Une information

On ne peut pas se protéger si l'on ignore les risques. Or l'ignorance des risques VHC est majoritaire chez les toxicomanes français dans les dernières études. Les usagers de drogue ont montré par le passé qu'ils répondaient bien aux campagnes d'information et de prévention. Une information doit être faite sous la forme d'un mode d'emploi.

Une incitation au dépistage

Il s'agirait chaque fois que possible à l'occasion de cette distribution de nouveaux outils de prévention, d'inviter au dépistage du VHC, anonyme et gratuit, dans le secteur. La proposition de dépistage et le dépistage lui-même portent en eux-mêmes un effet préventif. Si les toxicomanes ont modifié leurs pratiques vis-à-vis du VIH dès la fin des années 1980, c'est que le dépistage VIH a commencé pour eux à cette période.

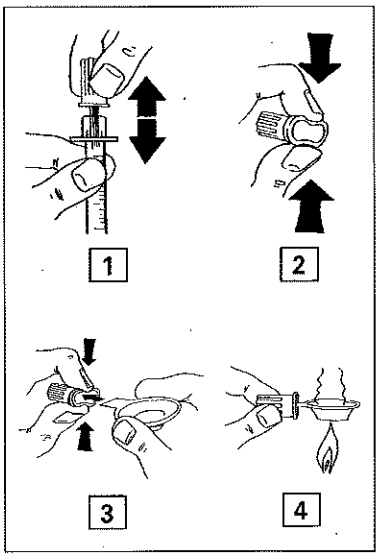
Les premiers changements de comportements ont été observés lorsque la connaissance du statut sérologique les a amenés à ne plus « *shooter après quelqu'un de séro* » c'est-à-dire à ne plus utiliser la seringue de quelqu'un dès lors que celui-ci connaissait son statut sérologique vis-à-vis du VIH et le faisait savoir à ses compagnons d'injection.

Le même mouvement commence à se dessiner vis-à-vis du VHC dans la communauté toxicomane. Ainsi, selon l'étude toulousaine citée plus haut la proportion d'usagers connaissant leur statut sérologique VHC augmente. Le dépistage aura d'autant plus d'adeptes que, à la différence du VIH il y a dix ans, la maladie à VHC aura la réputation d'être « curable ». Le dépistage sera d'autant plus coût-efficace qu'il sera suivi d'une prise en charge médicale, notamment d'une PBH quand elle est indiquée ; enfin, on peut penser que les patients seront d'autant plus compliants à un traitement antiviral qu'ils seront stabilisés par un traitement de substitution.

Il convient d'inciter à la vaccination VHB gratuite, à adjoindre à la distribution de matériel une information sur les adresses locales de recours aux soins, aux traitements de substitution, à la prise en charge médicale et sociale. Bien entendu, il conviendrait d'associer à cette campagne par une formation adaptée les pharmaciens d'officine et les structures de soins et de prévention (dispositif spécialisé, centres de santé, médecins des réseaux, centres de dépistages et de vaccination) et de promouvoir les traitements actuels (interféron, ribavirine, et nouveaux protocoles)

Illustration s'il en est que, pour l'hépatite C comme pour les virus de cette fin de siècle, soins, prévention primaire et prévention secondaire doivent s'accommoder d'acteurs de santé différents.

DOCTEUR ELLIOT IMBERT



Pour prévenir le VHC : extrait du mode d'emploi du Stéricup.

Ce texte est présent sur le site de l'association « Hépatite et pas toi » (http://www.chez.com) et sur celui de l'association APOTHICOM – Tél : 01 46 70 70 72 (site medcial http://www.medcial.org). Pour une bibliographie : Email : elliot.imbert@wanadoo.fr)

VHC en video aux antipodes

L'Australie a mené très tôt des actions de réduction des risques. Ce qui a amené ce pays à un taux de VIH inférieur à 4 % chez les toxicomanes.

Interview du Pr Nick Crofts, l'un des chercheurs australiens.

Nos recherches ont commencé à montrer en 1992 des taux importants de transmission du VHC chez les usagers de drogue australiens. Cela nous a surpris, car le VIH n'augmentait pas, l'hépatite D avait disparu et l'hépatite B devenait rare. Nous avons été intrigués par de nombreuses anecdotes de la part d'usagers qui disaient n'avoir jamais partagé de seringues et qui étaient malgré cela infectés.

– Comment avez-vous alors avancé ?

Cela ressemblait à de nombreux cas inexpliqués de contaminations par le VHC décrites dans des services d'hémodialyse et d'hématologie qui survenaient après des fautes très mineures d'hygiène.

Nous nous sommes alors embarqués dans un projet de vidéos filmées par des pairs lors d'injections. Nous étions à la recherche de cas où le sang pouvait être diffusé par autre chose que la seringue. Nous en avons trouvé beaucoup !...

– Peut-on mesurer quantitativement le risque ?

Dans notre cohorte, le taux d'incidence du VHC de ceux qui n'ont jamais partagé les seringues est de 4 pour 100 personnes-années »